



Research Article

## Application of Theory of Planned Behavior to Predict the Factors Affecting the Substance Abuse Treatment Continuity

Isa Mohammadi Zeidi <sup>1,\*</sup> , Maryam Ildari Lohehara <sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Associate Professor of Health Education, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

<sup>2</sup> MSc Student of Health Education, Student Research Committee Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

\* **Corresponding author:** Isa Mohammadi Zeidi, Associate Professor of Health Education, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. E-mail: [easamohammadizeidi@gmail.com](mailto:easamohammadizeidi@gmail.com)

DOI: [10.29252/nkjmd-120410](https://doi.org/10.29252/nkjmd-120410)

### How to Cite this Article:

Mohammadi Zeidi I, Ildari Lohehara M. Application of Theory of Planned Behavior to Predict the Factors Affecting the Substance Abuse Treatment Continuity. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2021;**12**(4):72-82. DOI: [10.29252/nkjms-120410](https://doi.org/10.29252/nkjms-120410)

Received: 29 Jun 2020

Accepted: 25 Aug 2020

### Keywords:

Substance Abuse, Attitude, Addiction Withdrawal, Intention, Treatment, Relapse

© 2021 North Khorasan Medical Sciences

### Abstract

**Introduction:** The high rate of relapse after addiction withdrawal indicates inadequacy of detoxification courses and ignoring the role of psychosocial variables as critical component of successful treatment protocols. The aim of the present study was to apply the theory of planned behavior (TPB) to determine the effective factor related to the substance abuse treatment continuity in the in-treatment clients referring to drug-stop clinics of Masal city.

**Methods:** With a simple random sampling method, 195 in-treatment clients referring to drug-stop clinics of Masal city participated in a cross-sectional study. Data were collected by demographic information questionnaire, TPB-related scales, substance abuse screening questionnaire (TCU) and treatment continuity questionnaire. Chi-Squared test, independent t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), Pearson correlation coefficient and path analysis were used to analyze the data.

**Results:** The finding of the two models revealed that the strongest correlation coefficients were found between intention with constructs such as attitude, perceived behavioral control (PBC), and treatment continuity, as well as between treatment continuity and attitude ( $P < 0.05$ ). Also, attitudes ( $\beta = 0.51$ ,  $P < 0.05$ ) and PBC ( $\beta = 0.33$ ,  $P < 0.05$ ) had the greatest effect on intention to treatment continuation. Moreover, attitudes and subjective norms significantly mediated the relationship between the history of substance abuse and the intention to treatment continuation ( $P < 0.05$ ). Finally, TPB constructs described 52% and 31% variance of intention and treatment continuity, respectively ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** The findings confirmed the usefulness of TPB to determine the factors influencing the substance abuse treatment continuity. So, design of TPB-based behavioral-cognitive interventions is recommended to improve substance abuse treatment continuity.



## کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به منظور پیش‌بینی عوامل موثر بر تداوم درمان سوء

### مصرف مواد

عیسی محمدی زیدی<sup>۱\*</sup>، مریم ایلداری لوحه سرا<sup>۲</sup> 

<sup>۱</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.  
<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.  
\* نویسنده مسئول: عیسی محمدی زیدی، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران. ایمیل: easamohammadizeidi@gmail.com

DOI: 10.29252/nkjms-120410

|  |  |
|--|--|
| <p><b>چکیده</b></p> <p><b>مقدمه:</b> میزان بالای عود بعد از ترک نشان دهنده عدم کفایت دوره‌های سم‌زدایی و بی‌توجهی به نقش متغیرهای روانشناختی اجتماعی به عنوان جزئی از پروتکل‌های ترک موفق است. هدف مطالعه حاضر کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (TPB) به منظور تعیین عوامل موثر تداوم درمان و ترک سوء مصرف مواد در متقاضیان تحت درمان در کلینیک‌های ترک مواد شهر ماسال بود.</p> <p><b>روش کار:</b> پژوهش کنونی یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که ۱۹۵ نفر از متقاضیان ترک تحت درمان کلینیک‌های ترک شهر ماسال به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده در آن شرکت کردند. داده‌ها با پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس‌های مرتبط با TPB، پرسشنامه غربالگری سوء مصرف مواد (TCU) و پرسشنامه تداوم درمان گردآوری شدند. آزمون‌های کای اسکوتر، تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز مسیری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شدند.</p> <p><b>یافته‌ها:</b> نتایج حاصل از دو مدل نشان داد قوی‌ترین ضرایب همبستگی به ترتیب بین سازه قصد با سازه‌های نگرش، کنترل رفتاری درک شده (PBC)، و تداوم ترک و همچنین، بین تداوم ترک و نگرش وجود داشت (<math>P &lt; 0.05</math>). در این میان، نگرش (<math>P &lt; 0.05</math>)، <math>\beta = 0.51</math> و (<math>P &lt; 0.05</math>)، <math>\beta = 0.33</math> بیشترین تاثیر را بر قصد جهت تداوم ترک اعمال کرد. همچنین، نگرش و هنجارهای انتزاعی به طور معنی‌داری میانجی بین سابقه سوء مصرف و قصد تداوم ترک بودند. نهایتاً سازه‌های TPB به ترتیب ۵۲ و ۳۱ درصد واریانس قصد و تداوم ترک را توصیف کردند (<math>P &lt; 0.05</math>).</p> <p><b>نتیجه‌گیری:</b> سودمندی TPB در راستای تبیین عوامل موثر بر تداوم ترک سوء مصرف مواد تایید شد. طراحی مداخلات رفتاری-شناختی مبتنی بر TPB به منظور بهبود روند ترک سوء مصرف مواد توصیه می‌شود.</p> | <p>تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۰۹<br/>تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۰۴<br/><b>واژگان کلیدی:</b><br/>سوء مصرف مواد، نگرش، ترک اعتیاد، قصد، درمان، عود تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی محفوظ است.</p> |
|--|--|

### مقدمه

داده‌اند که ۸۰ درصد افراد مراجعه کننده برای ترک در ۶ ماه اول دچار عود شده‌اند [۱].

میزان‌های بالای عود پس از مواجهه با دوره‌های بعضاً طولانی بازپروری و سم‌زدایی نشانگر آن است که اولاً روش‌های درمانی و برنامه‌های کنترل از اثربخشی لازم برخوردار نیستند و دارودرمانی یا سم‌زدایی به تنهایی برای ترک کفایت نمی‌کند. ثانیاً ضرورت دارد پروتکل ترک موفق سوء مصرف مواد همزمان سهم عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و جغرافیایی و اقتصادی را در ایجاد اختلال و ترک آن در نظر بگیرد [۳]. نتایج مطالعات مروری نشان می‌دهد که مجموعه‌ای از عوامل فردی - همچون عدم پایبندی به درمان، فقدان انگیزه کافی، فشارهای روحی-روانی، بی‌خوابی، وسوسه، عدم آگاهی از روش‌های مقابله با مشکلات زندگی، عدم مشارکت در گروه درمانی، سطح بالای افسردگی و اضطراب و پایین بودن سطح امیدواری - و همچنین، عوامل محیطی-اجتماعی مانند دسترسی آسان به مواد، مراجعه به محله‌های

سوء مصرف مواد یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های حوزه بهداشت عمومی محسوب می‌شود که هزینه‌های بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی سنگینی را بر فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. موضوع اعتیاد در ایران در سال‌های اخیر روند رو به رشدی داشته است و آمارها حاکی از آن است که شیوع اعتیاد در استان‌های مختلف از ۲/۵ درصد در استان تهران تا ۱۷ درصد در استان هرمزگان متفاوت است [۱].

درمان اعتیاد همواره به عنوان یکی از دغدغه‌های سیاست‌گذاران سلامت مطرح بوده و نیز مبلغ قابل توجهی از اعتبارات بخش سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهند که دو سوم بیمارانی که تحت درمان با هدف قطع مصرف مواد افیونی قرار می‌گیرند در عرض ۶ هفته به مواد بازگشت می‌کنند و ۳۳ درصد بیماران دچار وابستگی به هروئین که سه سال ترک کامل داشته‌اند، در نهایت مجدداً به مصرف هروئین می‌پردازند. همچنین، برخی از پژوهش‌ها نشان

مجموع نتايج حاصل شده با قدرت بالا از كارآمدی آن حمايت می کنند [۹، ۱۲].

از TPB به منظور پيش‌بینی و توصيف رفتارهای مرتبط با استعمال سيگار، نوشيدن الكل، تزريق مواد و سوء مصرف مواد نيز استفاده شده است و سازه‌های مدل درصد قابل توجهی از واريانس قصد و رفتار را پيش‌بینی کردند [۹-۱۲]. به طور مثال، زموره و همكاران (۲۰۱۴) [۱۳] با کاربرد يك مقياس ۹ سوالی مرتبط با TPB به منظور پيش‌بینی تكميل مراحل درمان سوء مصرف مواد در ۲۰۰ متقاضی ترك نشان دادند كه سه سازه نگرش، هنجارهای انتزاعي و كنترل رفتاری ۶۱ درصد واريانس قصد و ۴۲ درصد واريانس رفتار را پيش‌بینی کردند [۱۳]. همچنين، يافته‌های پژوهش كلي و همكاران (۲۰۱۵) [۱۴] با هدف پيش‌بینی حضور در جلسات پيشرفته درمانی پس از سم زدایی الكل و مواد با استفاده از TPB و قصد اجرائی نشان داد كه ۲۱ درصد واريانس تداوم حضور در درمان توسط مدل توصيف می‌شود و نگرش و قصد اجرائی سهم چشمگیر در پيش بینی دارد [۱۵]. همچنين، پيندو و همكاران (۲۰۱۸) بعد از مصاحبه کیفی مبتنی بر TPB در راستای فهم بهتر موانع ترك اعتياد در آمريكای لاتين نتيجه گرفتند كه دليل اجتناب اين جمعيت از درمان بيشتر موانعی نگرشی است كه ريشه در عوامل فرهنگي، كارآمدی درك شده درمان، اهداف مرتبط با بازپروری و نياز درك شده به درمان دارد. لكه ننگ و تصور نبود حمايت اجتماعي از سوی خانواده نيز به همراه اقليت بودن جزء موانع مرتبط با TPB محسوب می‌شود [۱۶]. علاوه بر اين، نتايج مرتبط با آموزش مبتنی بر TPB به همراه مداخله انگيزشی تعاملی فشرده در گروهی از افراد سيگاری مبتلا به اختلالات روانی شديد كه توسط برونته و همكاران (۲۰۱۹) انجام شد نشان داد كه بعد از مداخله يك سوم بيماران تلاشهایی برای ترك داشتند و نگرش، هنجارهای انتزاعي و PBC با قصد برای ترك سيگار ارتباط معنی دار داشتند. همچنين، عقايد و هنجارهای مرتبط با درمان، قصد برای ترك و ميزان منواكسيد تنفسي بعد از مداخله به طور معنی داری بهبود يافتند [۱۷]. با توجه به شيوع بالای سوء مصرف مواد در ايران و پيامدهای متعدد جسماني، روانی و اجتماعي مرتبط با آن، درصد بالای عود مصرف پس از ترك و لزوم تداوم درمان، شناسایی عوامل موثر بر تداوم درمان و پيشگيري از عود با استفاده از تئوری‌ها و مدل‌های تغيير رفتار به عنوان يك ضرورت قبل از طراحی مداخلات پيشگيرانه شناختی رفتاری پذيرفته شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف پاسخ به اين سوال مطرح شد كه آیا تئوری TPB مدل مناسبی برای تعيين عوامل موثر بر تداوم درمان سوء مصرف مواد در متقاضيان تحت درمان در كلينيك‌های ترك مواد شهر ماسال است؟ همچنين، سازه های تئوری TPB چند درصد از واريانس رفتار تداوم ترك سوء مصرف مواد را توصيف می‌کنند؟

## روش کار

پژوهش كنونی از حيث کاربرد يك مطالعه توصيفی- تحليلی و از نظر زمانی پژوهشی مقطعی بود كه در فاصله زمانی تير الي دی ماه سال ۱۳۹۸ در شهر ماسال انجام شد. جامعه پژوهش شامل كليۀ متقاضيان مرد تحت پوشش كلينيك‌های خصوصی درمان سوء مصرف مواد شهر ماسال بودند. حجم نمونه لازم برای شركت در پژوهش با توجه به تعداد

سابق، كشمكش‌های خانوادگی، موقعيت‌های پرتنش، نابسامانی در مدیریت اوقات فراغت، و عدم حمايت اجتماعي بر ميزان عود موثر هستند [۴]. به همین دليل، در درمان اعتياد بر ضرورت کاربرد يك رویکرد چند وجهی و متشكل از رفتار درمانی و درمان شناختی به همراه دارودرمانی تاكيد می‌شود. شناخت واقع‌گرایانه و جامع از متغیرهای درون و برون فردی موثر بر بروز سوء مصرف مواد، تصميم برای ترك، تداوم حضور در پروسه ترك و حفظ سبك زندگی عاری از مواد موفقيت برنامه‌های كنترل و مدیریت سوء مصرف مواد را تضمين خواهد كرد [۵].

برخی از پژوهش‌های عود را هم به صورت يك پيامد و هم به صورت يك انحراف در فرايند تغيير رفتار در نظر می‌گیرند كه تحت تاثير متغیرهای درون فردی مانند خودكارآمدی، انتظار پيامد، ولع، انگيزه، مقابله، وضعيت عاطفی و حمايت اجتماعي قرار دارد. بنابراین، شناسایی متغیرهای روانشناختی موثر بر ترك موفق سوء مصرف مواد گامی ضروری در طراحی مداخلات جامع به جهت کاهش دفعات عود در متقاضيان ترك اعتياد می باشد [۶].

در تحقيقات مرتبط با سوء مصرف مواد، فهم مكانيسم تاثيرگذاري عوامل روانشناختی مانند هنجارهای انتزاعي، عقايد و باورهای كنترلی بر قصد و پيامدهای رفتاری اهميت زیادی دارد. همچنين، عوامل روانی اجتماعي مشخص مانند نگرش، نرم‌های انتزاعي و كنترل رفتاری درك شده در تعيين احتمال قبول يا عدم پذيرش رفتارهای بهداشتی سهم عمده‌ای دارند [۷]. علاوه بر اين، تحقيقات نشان می‌دهد كه مؤثرترین برنامه‌های آموزشی مبتنی بر رویکردهای نظريه محور هستند كه ريشه در مدل‌ها و نظريه‌های آموزش سلامت و روانشناسی تغيير رفتار دارند [۸]. یکی از تئوری‌های رایج كه كارآمدی و اثربخشی آن در ارتباط با توصيف رفتارهای بهداشتی متنوع و همچنين، طراحی مداخلات آموزشی به كرات ارزیابی شده است، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (Theory of planned behavior: TPB) نام دارد كه بسیاری از متغیرهای روانشناختی مذکور در چهارچوب آن قرار دارند [۹]. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به عنوان يك نظريه روانشناختی اجتماعي است كه تلاش می‌كند تا دلايل انجام يك رفتار خاص توسط يك فرد را كشف كند. قصد رفتاری محصول سازه‌های نگرش، هنجارهای انتزاعي و كنترل رفتاری درك شده (Perceived Behavioral Control: PBC) است. سازه‌های PBC و قصد رفتاری به طور مستقيم بر رفتار مورد نظر تاثير می‌گذارد. نگرش می‌تواند در قالب ارزیابی منفی يا مثبت از رفتار و پيامدهایش تعريف شود. هنجارهای انتزاعي نيز درجه‌ای است كه يك فرد از صميميت يا نزديكي ديگران به خودش تصور می‌كند و اينكه جامعه برای رفتار به طور كلي چقدر ارزش قايل می‌شود و در نهايت چقدر فرد علاقمند است تا از اين قبيل عقايد هنجاری تبعيت كند. سازه PBC نيز در قالب آسانی يا سختی انجام رفتار تعريف می‌شود [۱۰]. نگرش، هنجارهای انتزاعي و PBC قادر به پيش بینی قصد رفتاری هستند. علاوه بر اين، قصد رفتاری به تنهایی يا به همراه PBC می‌تواند رفتار را پيش‌بینی كند و PBC نيز به تنهایی قادر به پيش‌بینی رفتار است [۱۱]. اين تئوری در بيشتر از ۱۰۰۰ مطالعه مستقل بكار رفته است و

کل متقاضیان تحت پوشش ۳ کلینیک ترک ( $N=400$ )، مقدار خطا ( $d=0.05$ )، درصد عود ۰/۳۰ و  $Z$  برابر با ۱/۹۶ بر اساس فرمول کوکران ۱۷۸ نفر بدست آمد که در نهایت با احتساب ریزش ۱۰ درصدی ۱۹۵ نفر محاسبه شد. کلینیک‌های درمان سوء مصرف مواد در شهر ماسال به عنوان واحدهای پژوهشی انتخاب شدند و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در روزهای مراجعه افراد معتاد به کلینیک‌ها فرایند پرسش‌گری انجام شد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: حداقل ۶ ماه ترک و عدم مصرف مواد به تایید پزشک، عدم ابتلا به اختلالات روانی (ثبت در پرونده پزشکی و تایید از سوی پزشک) و حداقل سن ۱۸ سال. همچنین، معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از: احتمال مواجهه با عوارض شدید پزشکی یا روانپزشکی بر اساس تشخیص تیم پزشکی، اخذ نمونه مثبت (تایید مصرف مجدد) در ۶ ماه گذشته.

به منظور گردآوری داده‌ها، ابتدا بعد از هماهنگی و اخذ موافقت از مدیریت کلینیک‌های درمان سوء مصرف، اهداف پژوهش و فرایند آن برای هر یک از متقاضیان داوطلب شرکت کننده در مطالعه توضیح داده شد و مواردی همچون داوطلبانه بودن مشارکت در پژوهش، محرمانه بودن تمام پاسخ‌ها، اهمیت و لزوم پاسخ‌گویی دقیق و صادقانه برای تمام افراد تشریح شد. بعد از اخذ موافقت کتبی از مشارکت کننده‌ها، پرسشنامه در اختیار آنها گذاشته شد. مدت زمان تکمیل پرسشنامه تقریباً ۲۵ دقیقه بود و پژوهشگر به منظور پاسخگویی به ابهامات احتمالی، اطمینان از پاسخ به تمام سوالات و قدردانی از مشارکت کنندگان در محل حضور داشت.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه خودگزارشی شامل این موارد بود:

الف) سوالات دموگرافیک شامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت تاهل، ابتلا به بیماری‌های مزمن، نوع ماده مصرفی، مدت زمان اعتیاد و مدت زمان ترک.

ب) سوالات مربوط به TPB که بر اساس راهنمای تدوین پرسشنامه آجرن (۲۰۰۶) طراحی شده است [۱۸]. به همین منظور مصاحبه نیمه ساختار یافته‌ای با ۱۵ نفر از متقاضیان تحت درمان با هدف استخراج عقاید برجسته انجام شد. این افراد از شرکت در مطالعه اصلی محروم شدند. سوالات با تکیه بر عقاید برجسته استخراج شده طراحی شد و روایی صوری و محتوایی آن توسط پانل خبرگان ۸ نفره مورد تایید قرار گرفت. روانپزشک، کارشناس ارشد روان پرستاری، دکترای آموزش سلامت، روانشناس و پزشک عمومی اعضای پانل بودند. با بررسی سطح دشواری، میزان عدم تناسب، ابهام عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات توسط اعضای پانل و اعمال تغییراتی جزئی در پرسشنامه روایی صوری به صورت کیفی تایید شد. در ادامه به منظور تعیین روایی صوری به صورت کمی نمره تاثیر ( $\text{Impact Score}$ ) هر سوال محاسبه شد. ابتدا برای هریک از ۲۱ سوال پرسشنامه مرتبط با TPB، طیف لیکرتی ۲ قسمتی در نظر گرفته شد: کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، نظری ندارم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملاً موافقم (نمره ۵). سپس پرسشنامه با هدف سنجش روایی کمی در اختیار ۱۰ نفر از متقاضیان تحت درمان اعتیاد قرار گرفت. در نهایت، روایی صوری کمی با استفاده از فرمول روش تأثیر آیتام به شرح زیر محاسبه شد (نمره تاثیر = فراوانی  $\times$  اهمیت).

در بررسی روایی محتوایی به صورت کیفی نیز از ۴ پزشک عمومی شاغل در کلینیک درمان سوء مصرف مواد و ۲ روانپزشک خواسته شد تا با بررسی دقیق سوالات مرتبط با TPB، نظرات خود را درباره مواردی همچون رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، اهمیت سوالات، قرارگیری سوالات در جای مناسب خود و غیره بیان کنند. بعد از اعمال اصلاحات بخش قبلی، به منظور تعیین روایی محتوایی به صورت کمی از نسبت روایی محتوایی ( $\text{Content Validity Rate: CVR}$ ) و به منظور تعیین و شاخص روایی محتوایی ( $\text{Content Validity Index: CVI}$ ) استفاده شد. در نهایت، پرسشنامه نسخه روا شده پرسشنامه در فاصله دو هفته توسط ۱۵ نفر از متقاضیان تحت درمان سوء مصرف تکمیل شد و ضریب آزمون-آزمون مجدد برای ارزیابی پایایی و ضریب آلفای کرونباخ به منظور تعیین توافق درونی مقیاس‌ها بکار برده شد. پرسشنامه نهایی به این شرح بود:

مقیاس نگرش شامل ۸ سوال بود و ارزیابی فرد را درباره پیامدهای مثبت و منفی تداوم درمان و ترک سوء مصرف مواد ارزیابی می‌کرد. نمونه سوال این مقیاس عبارت بود از: «تکمیل مراحل درمان و ادامه روند ترک مواد برای من بسیار مفید و ارزشمند است». از مشارکت کنندگان درخواست شد تا با استفاده از طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم به سوالات پاسخ دهند. سوالات ۳، ۵ و ۸ مرتبط با پیامدهای منفی ترک اعتیاد بود که نمره دهی آنها معکوس انجام شد. دامنه پاسخ‌ها بین ۸ تا ۴۰ بود و نمره بالاتر نشان دهنده نگرش مطلوب‌تر بود و بالعکس. شاخص‌ها و ضرایب درج شده در جدول ۱ حاکی از روایی و پایایی مقیاس مذکور می‌باشند.

مقیاس هنجارهای انتزاعی با ۴ سوال و پاسخ‌هایی بر اساس طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ = اصلاً صحیح نیست تا ۵ = کاملاً صحیح است، ارزیابی شد. دامنه پاسخ‌ها بین ۴ تا ۲۰ متغیر بود و نمره بالاتر نشانگر حمایت اجتماعی قوی‌تر بود و بالعکس. هنجارهای انتزاعی به تایید یا عدم تایید تداوم درمان و ترک سوء مصرف را از دیدگاه دیگران مهم مرتبط است. نمونه سوال این مقیاس عبارت بود از: «ادامه ترک مواد و تداوم درمان از سوی خانواده‌ام مورد تایید است». شاخص‌های درج شده در جدول ۱ تایید کننده روایی صوری، محتوایی، توافق درونی و پایایی مقیاس مذکور می‌باشند.

مقیاس کنترل رفتاری درک شده که مشتمل بر ۶ سوال بود و از مشارکت کنندگان درخواست شد تا با طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ = اصلاً مطمئن نیستم تا ۵ = کاملاً اطمینان دارم به سوالات پاسخ بدهند. سازه PBC به سختی یا آسان بودن تداوم ترک سوء مصرف مواد را علی‌رغم مشکلات ذهنی و محیطی موجود اطلاق می‌شود و نمونه سوال مقیاس مذکور عبارت بود از: «علی‌رغم تمام مشکلات می‌توانم روند درمان و ترک سوء مصرف مواد را ادامه بدهم». دامنه پاسخ‌ها بین ۶ تا ۳۰ متغیر بود و نمرات بالاتر نشانگر کنترل متصور قوی‌تر است و بالعکس. شاخص‌های درج شده در جدول ۱ دلالت بر روایی و پایایی مقیاس مذکور دارند.

مقیاس قصد رفتاری که شامل ۳ سوال است و بر اساس طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ = اصلاً صحیح نیست تا ۵ = کاملاً صحیح است به آنها پاسخ داده می‌شود. قصد رفتاری با گزینه‌هایی همچون قصد داشتن، برنامه‌ریزی کردن و خواستن تعریف می‌شود و نمونه سوال مقیاس

مذكور عبارت بود از: «من قصد دارم در ۶ ماه آینده درمان و ترک سوء مصرف مواد را ادامه بدهم».

پرسشنامه غربالگری سوء مصرف مواد: این پرسشنامه (Texas Christian University drug screen 5) از جمله ابزارهای بین المللی برای سنجش وضعیت مصرف سیگار، الکل و مواد و عوامل مرتبط با آن است که از سوی موسسه تحقیقات رفتاری دانشگاه تگزاس در سال ۲۰۱۷ تدوین شده است. این پرسشنامه که از دو بعد شدت و فراوانی سوء مصرف مواد تشکیل شده بود و از ۹ آیتم درباره رفتارهای مرتبط با مواد تشکیل شده است که عبارتند از: «آیا مقدار زیادی از مواد را مصرف کرده‌اید» یا «از مواد برای مدت طولانی‌تر از آن چیزی که قصد داشتید یا برنامه‌ریزی کرده بودید، استفاده کرده‌اید؟». نمره شدت سوء مصرف مواد مجموع آیتم‌هایی است که هر فرد از بین ۹ پاسخ احتمالی آنها را انتخاب می‌کند؟ (پاسخ‌های مثبت). ملاک اندازه‌گیری فراوانی سوء مصرف ترکیب پاسخ‌های مرتبط با لیست ۱۳ گانه مواد است. از افراد درخواست می‌شود تا گزارش کنند در ۱۲ ماه گذشته چند بار از مواد زیر استفاده کرده‌اند؟ برای پاسخ‌گویی از طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای شامل هرگز، فقط چند بار، ۱-۳ بار در ماه، ۵-۱ بار در هفته و تقریباً هر روز استفاده شد. روایی و پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش‌های گذشته مورد تایید قرار گرفته است [۱۹]. همچنین، در مطالعه کنونی ضریب بازآزمون ( $r=0/85$ ) به همراه شاخص روایی محتوایی ( $CVI=0/80$ ) و میزان روایی محتوایی ( $CVR=0/78$ ) به ترتیب تایید کننده پایایی و روایی محتوایی این پرسشنامه بودند.

پرسشنامه تداوم درمان و ترک سوء مصرف مواد: این پرسشنامه توسط سیمپسون (۱۹۸۱) تدوین شد و جویی و همکاران (۲۰۰۲) آنرا بسط دادند. پرسشنامه مذکور از ۳ بعد تشکیل شده است که شامل مشارکت در درمان، رضایت از درمان و تفاهم با مشاور است. مشارکت در درمان با ۱۲ سوال اندازه‌گیری شد که شامل یک ارزیابی کلی از مشارکت (به طور مثال شما همیشه به طور فعال در جلسات درمانی و مشاوره شرکت می‌کنید) و اندازه‌گیری میزان همراهی (به طور مثال شما همیشه در جلسات درمانی و مشاوره که برای شما برنامه‌ریزی شده است، شرکت می‌کنید) بود. رضایت از درمان نیز از ۶ آیتم تشکیل شده بود که دامنه آن از ارزیابی‌ها وسیع (به طور مثال شما از برنامه مشاوره، درمان و ترک راضی هستید) تا جنبه‌های خاص از درمان است (به طور مثال شما می‌توانید مشاوره فردی زیادی در کلینیک ترک مواد داشته باشید؟). بعد تفاهم با مشاور نیز از ۱۲ آیتم ساخته شده است که روابط متقاضی ترک را با مشاورش (به طور مثال، به مشاور خودتان اعتماد دارید) و خصوصیات مشاور ویژه را ارزیابی می‌کند (مشاور شما برای هر جلسه مشاوره یک برنامه منظم، سازماندهی شده و آماده دارد). روایی و پایایی پرسشنامه مذکور در مطالعات قبلی مورد تایید قرار گرفته است [۱۲]. همچنین، در مطالعه کنونی خصوصیات روانسنجی مقیاس مذکور به واسطه ضریب آلفای کرونباخ ( $\alpha=0/83$ )، ضریب باز آزمون ( $r=0/94$ )، شاخص روایی محتوایی ( $CVI=0/89$ ) و ضریب روایی محتوایی ( $CVR=0/87$ ) تایید شد.

جدول ۱. خصوصیات روانسنجی مرتبط با سازه‌های TPB

| سازه TPB         | تعداد سوالات | دامنه پاسخ‌ها | همبستگی آیتم کل (ICC) | ضریب آزمون بازآزمون (r) | ضریب آلفای کرونباخ (α) | CVI  | CVR  |
|------------------|--------------|---------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|------|------|
| نگرش             | ۸            | ۸-۴۰          | ۰/۶۷                  | ۰/۷۷                    | ۰/۸۳                   | ۰/۷۹ | ۰/۸۵ |
| هنجارهای انتزاعی | ۴            | ۴-۲۰          | ۰/۷۲                  | ۰/۸۴                    | ۰/۸۸                   | ۰/۸۶ | ۰/۸۳ |
| PBC              | ۶            | ۶-۳۰          | ۰/۶۴                  | ۰/۸۲                    | ۰/۸۵                   | ۰/۸۰ | ۰/۸۲ |
| قصد رفتاری       | ۳            | ۳-۱۵          | ۰/۷۴                  | ۰/۸۷                    | ۰/۹۴                   | ۰/۹۰ | ۰/۹۱ |

\* میانگین همبستگی آیتم کل محاسبه شده است - ICC: Inter-item Correlation

داده‌های گردآوری شده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ شد و نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کولمونگروف اسمیرنف ارزیابی شد. از آزمون کای اسکور به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی با یکدیگر (مثلاً ارتباط بین مدت زمان ترک - کمتر از ۶ ماه، ۶ ماه تا یک سال و بیشتر با وضعیت تاهل)، آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین یک متغیر کمی بین دو گروه مستقل (مثلاً مقایسه نگرش بین متقاضیان متاهل و مجرد)، آزمون آنالیز واریانس یک طرفه برای مقایسه یک متغیر کمی بین بیش از دو گروه مستقل (مانند مقایسه مدت زمان ترک بر حسب سطوح تحصیلات) و ضریب همبستگی پیرسون برای مقایسه همبستگی بین متغیرهای کمی با یکدیگر (مثلاً همبستگی بین سازه‌های TPB) استفاده شد. همچنین، به منظور ارزیابی روابط پیچیده بین متغیرهای نهفته (مکنون) و تعیین مهمترین عوامل تاثیرگذار بر تداوم ترک سوء مصرف مواد آنالیز مسیری با استفاده از نرم افزار LISREL نسخه ۸/۸۰ استفاده شد. در مرحله اول، مدل پیش فرض با استفاده از آنالیز عاملی تاییدی (CFA) بررسی می‌شود. در مرحله دوم، روابط مستقیم و غیر مستقیم بین سوء مصرف مواد،

نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده با قصد در مدل بررسی می‌شود و همچنین، این فرض مورد بررسی قرار می‌گیرد که آیا نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری متصور واسطه بین متغیرهای سوء مصرف مواد و مشارکت در درمان هستند؟ برازش مدل با استفاده از این شاخص‌ها ارزیابی شد: ریشه میانگین مربعات خطاهای تخمین (RMSEA)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازش هنجار شده (TLI)، و شاخص برازش نسبی (CFI). آنالیزها با استفاده از روش برآورد درست نمایی بیشینه انجام شد. سطح معنی‌داری در پژوهش حاضر کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه  $38/85 \pm 9/15$  سال و میانگین مدت زمان اعتیاد  $2/97 \pm 1/78$  سال بود. از نظر شغلی  $58/97$  درصد شغل آزاد،  $68/72$  درصد تحصیلات ابتدایی و راهنمایی و وضعیت اقتصادی  $52/82$  درصد افراد متوسط بود. مرگ و مشکلات اقتصادی به ترتیب توسط  $30/26$  و  $18/46$  درصد افراد در یکسال گذشته تجربه شده بود. همچنین،  $64/10$  درصد تاکنون سابقه ترک نداشتند و  $40$

درصد هزینه ۱۰ تا ۳۰ هزار تومان روزانه برای مواد داشتند. سابقه مصرف مواد توسط اعضای خانواده و دوستان به ترتیب در ۳۰/۲۶ و ۳۷/۴۴ درصد افراد گزارش شد. سایر ویژگی‌های دموگرافیک و زمینه‌ای در جدول ۲ درج شده است.

درصد هزینه ۱۰ تا ۳۰ هزار تومان روزانه برای مواد داشتند. سابقه مصرف مواد توسط اعضای خانواده و دوستان به ترتیب در ۳۰/۲۶ و ۳۷/۴۴ درصد افراد گزارش شد. سایر ویژگی‌های دموگرافیک و زمینه‌ای در جدول ۲ درج شده است.

جدول ۲. خصوصیات دموگرافیک متقاضیان ترک وابستگی به مواد شرکت کننده در پژوهش (n=۱۹۵)

| متغیر مورد بررسی                        | فراوانی (درصد) |
|---|----------------|
| <b>وضعیت تاهل</b>                       |                |
| متاهل                                   | ۷۹ (۴۰/۵۱)     |
| مجرد                                    | ۵۶ (۲۸/۷۲)     |
| مطلقه                                   | ۲۵ (۱۲/۸۳)     |
| بیوه                                    | ۳۵ (۱۷/۹۵)     |
| <b>وضعیت اشتغال</b>                     |                |
| بیکار                                   | ۲۱ (۱۰/۷۷)     |
| کارمند                                  | ۸ (۴/۱۰)       |
| آزاد                                    | ۱۱۵ (۵۸/۹۷)    |
| کشاورز                                  | ۴۹ (۲۵/۱۳)     |
| سایر موارد                              | ۲ (۱/۰۳)       |
| <b>سطح تحصیلات</b>                      |                |
| ابتدایی                                 | ۵۵ (۲۸/۲۱)     |
| راهنمایی                                | ۷۹ (۴۰/۵۱)     |
| دبیرستان و دبیرم                        | ۵۷ (۲۹/۲۳)     |
| دانشگاه                                 | ۴ (۲/۰۵)       |
| <b>وضعیت اقتصادی</b>                    |                |
| عالی                                    | ۷ (۳/۵۹)       |
| خوب                                     | ۲۸ (۱۴/۳۶)     |
| متوسط                                   | ۱۰۳ (۵۲/۸۳)    |
| ضعیف                                    | ۵۷ (۲۹/۲۳)     |
| <b>نوع حوادث ناگوار در یک سال گذشته</b> |                |
| اقتصادی                                 | ۳۶ (۱۸/۴۶)     |
| خانوادگی                                | ۲۵ (۱۲/۸۳)     |
| مرگ                                     | ۵۹ (۳۰/۲۶)     |
| بیکاری                                  | ۱۱ (۵/۶۴)      |
| مهاجرت                                  | ۲ (۱/۰۳)       |
| جرم و زندانی                            | ۶ (۳/۰۷)       |
| بیماری                                  | ۱۳ (۶/۶۷)      |
| بدون حادثه خاص                          | ۴۳ (۲۲/۰۵)     |
| <b>نوع مواد مصرفی</b>                   |                |
| تریاک                                   | ۱۳۳ (۶۸/۲۱)    |
| هروئین                                  | ۴۷ (۲۴/۱۰)     |
| شیشه                                    | ۱۰ (۵/۱۲)      |
| روانگردان                               | ۳ (۱/۵۴)       |
| سایر موارد                              | ۲ (۱/۰۳)       |
| <b>دفعات ترک</b>                        |                |
| صفر                                     | ۱۲۵ (۶۴/۱۰)    |
| یک بار                                  | ۳۳ (۱۶/۹۲)     |
| دو بار                                  | ۲۷ (۱۳/۸۵)     |
| ۳ بار و بیشتر                           | ۱۰ (۵/۱۳)      |
| <b>هزینه مصرف روزانه</b>                |                |
| ۵-۱۰ هزار تومان                         | ۶۷ (۳۴/۳۶)     |
| ۱۰-۲۰ هزار تومان                        | ۴۳ (۲۲/۰۵)     |
| ۲۰-۳۰ هزار تومان                        | ۳۵ (۱۷/۹۵)     |
| ۳۰-۴۰ هزار تومان                        | ۲۸ (۱۴/۳۶)     |
| ۵۰-۱۰۰ هزار تومان                       | ۱۹ (۹/۷۴)      |
| بیش از ۱۰۰ هزار تومان                   | ۳ (۱/۵۴)       |
| <b>سابقه مصرف مواد در اعضای خانواده</b> |                |
| بلی                                     | ۵۹ (۳۰/۲۶)     |
| خیر                                     | ۱۳۶ (۶۹/۷۴)    |
| <b>سابقه مصرف مواد در دوستان نزدیک</b>  |                |
| بلی                                     | ۷۳ (۳۷/۴۴)     |
| خیر                                     | ۱۲۲ (۶۲/۵۶)    |



داده‌های درج شده در **جدول ۴** ضرایب همبستگی بین سازه‌های TPB، سوء مصرف مواد و تداوم روند درمان را نشان می‌دهد. قوی‌ترین ضرایب همبستگی به ترتیب بین نگرش با قصد ( $r=0/55$ ,  $P<0/01$ )، PBC با قصد ( $r=0/47$ ,  $P<0/05$ )، مشارکت با قصد ( $r=0/45$ ) و تداوم درمان با نگرش ( $r=0/42$ ,  $P<0/01$ ) وجود داشت. همچنین، بین سوء مصرف و هنجارهای انتزاعی همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد. علاوه بر این، به استثنای ضریب همبستگی معکوس بین متغیرهای تداوم درمان سوء مصرف مواد ( $r=-0/21$ ,  $P<0/01$ )، بین سایر متغیرهای مورد بررسی در مطالعه و متغیر تداوم درمان ضریب همبستگی مستقیم و متوسط گزارش شده است ( $P<0/05$ ).

داده‌های درج شده در **جدول ۳** نشان دهنده میانگین و انحراف معیار سازه‌های TPB، تداوم درمان و ترک و نمره حاصل از غربالگری سوء مصرف مواد است. نتایج حاکی از وضعیت نگرش نسبتاً مطلوب در متقاضیان تحت پوشش کلینیک‌های ترک خصوصی با در نظر گرفتن دامنه نمرات مرتبط با نگرش بود. همچنین، وضعیت هنجارهای انتزاعی و سازه PBC نیز در افراد مشارکت‌کننده در پژوهش متوسط و نسبتاً مطلوب گزارش شده است. تحلیل وضعیت سوء مصرف مواد نیز نشانگر سابقه سوء مصرف شدید و میزان فراوانی بالا در افراد شرکت‌کننده در پژوهش بود. نهایتاً میانگین حیطه‌های مربوط به تداوم درمان سوء مصرف نیز بر وضعیت مطلوب رضایت از درمان، مشارکت مناسب و تفاهم نسبی خوب اشاره دارد.

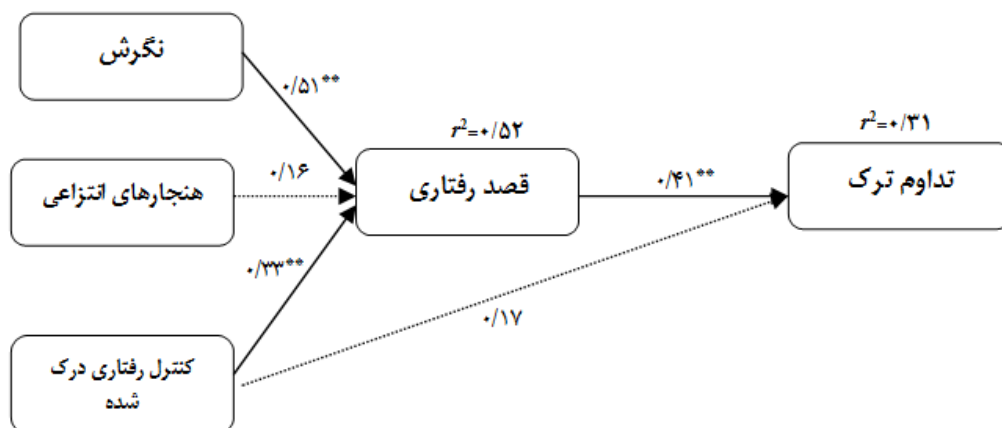
**جدول ۳.** میانگین و انحراف معیار سازه‌های TPB، متغیرهای تداوم درمان سوء مصرف مواد

| متغیر مورد بررسی  | خرده مقیاس       | میانگین $\pm$ انحراف معیار |
|-------------------|------------------|----------------------------|
| نگرش              |                  | $32/14 \pm 7/42$           |
| هنجارهای انتزاعی  |                  | $14/65 \pm 4/50$           |
| PBC               |                  | $20/73 \pm 6/38$           |
| قصد               |                  | $10/42 \pm 3/64$           |
| سوء مصرف مواد     | شدت سوء مصرف     | $18/15 \pm 4/36$           |
|                   | فراوانی سوء مصرف | $14/33 \pm 2/74$           |
|                   | نمره کل          | $23/27 \pm 6/68$           |
| تداوم درمان و ترک | رضایت از درمان   | $38/56 \pm 6/11$           |
|                   | مشارکت در درمان  | $39/22 \pm 6/72$           |
|                   | تفاهم با مشاور   | $38/20 \pm 5/33$           |
|                   | نمره کل          | $39/15 \pm 6/10$           |

**جدول ۴.** ضرایب همبستگی بین سازه‌های TPB، سوء مصرف مواد و تداوم روند درمان

| متغیر مورد بررسی      | ۱           | ۲           | ۳           | ۴           | ۵         | ۶ |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|---|
| ۱- نگرش               | ۱           |             |             |             |           |   |
| ۲- هنجارهای انتزاعی   | $0/38^*$    | ۱           |             |             |           |   |
| PBC - ۳               | $0/34^{**}$ | $0/27^{**}$ | ۱           |             |           |   |
| ۴- قصد                | $0/55^*$    | $0/17^*$    | $0/47^{**}$ | ۱           |           |   |
| ۵- سوء مصرف مواد      | $0/27^*$    | $0/11$      | $0/18^*$    | $0/35^{**}$ | ۱         |   |
| ۶- مشارکت و تداوم ترک | $0/42^{**}$ | $0/36^*$    | $0/29^*$    | $0/45^{**}$ | $-0/21^*$ | ۱ |

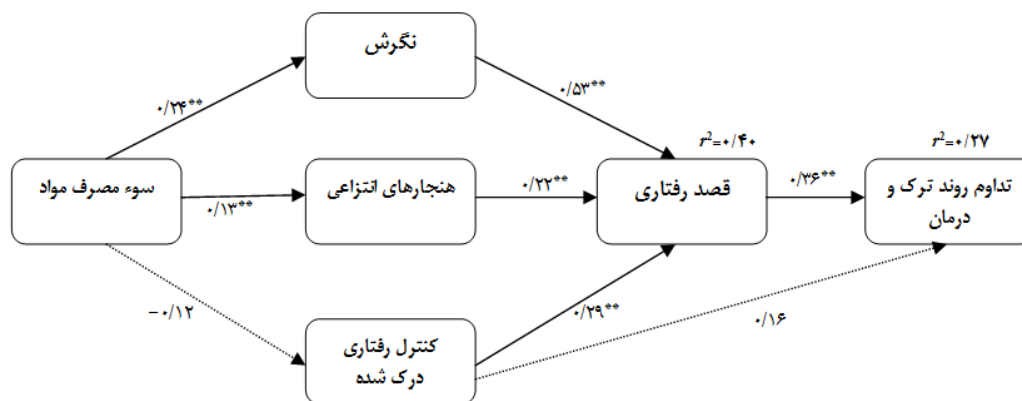
$P<0/05^{**}$ ,  $P<0/01^*$



شکل ۱. آنالیز مسیری بر اساس مدل اصلی و پیش‌بینی قصد و رفتار تداوم درمان سوء مصرف مواد در متقاضیان ترک

$RMSEA=0/049$ ,  $GFI=0/97$ ,  $TLI=1/01$ ,  $CFI=0/96$ ,  $P=0/36$ ,  $\chi^2(df=7, n=195)=3/14$

هنجارهای انتزاعی با قصد معنی‌دار نبود. علاوه بر این، قصد رفتاری بالاتر با شانس بیشتر برای تداوم روند ترک و درمان سوء مصرف مواد همراه بود ( $\beta=0/41$ ,  $P<0/05$ ). همچنین، با این حال کنترل رفتاری درک شده تاثیر مستقیم و معنی‌داری بر رفتار تداوم ترک نداشت. دو سازه قصد و کنترل رفتاری درک شده مجموعاً ۳۱ درصد واریانس رفتار تداوم ترک سوء مصرف مواد را به طور مستقیم پیش‌بینی کردند و سایر سازه‌های TPB تاثیر مستقیم و معنی‌داری بر رفتار مذکور نداشتند.



شکل ۲. آنالیز مسیری نقش میانجی سازه‌های تئوری TPB بین سوء مصرف مواد و تداوم روند درمان  
RMSEA = 0/051, GFI = 0/98, TLI = 0/97, CFI = 0/95,  $P = 0/21$ ,  $\chi^2(df=7, n=195) = 5/36$

سطح پیش‌بینی رفتار تداوم درمان و ترک سوء مصرف مواد نیز تا حدود زیادی با مطالعات گذشته انطباق دارد [۱۷-۲۰, ۲۱]. علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر بر نقش متغیرهای نگرش و کنترل رفتاری درک شده و همچنین اهمیت توجه به تعامل بین سازه‌های TPB در راستای تبیین رفتار مذکور تاکید می‌کند.

اولین یافته مهم در پژوهش حاضر، همبستگی بین سازه‌های TPB با قصد - به استثنای هنجارهای انتزاعی - و همچنین با تداوم درمان و ترک بود که با یافته‌های مطالعات قبلی سازگار است [۱۷-۲۱, ۲۲]. در مطالعه جونز و همکاران (۲۰۰۷) نیز بین قصد با کنترل رفتاری درک شده ( $r=0/89$ )، نگرش ( $r=0/80$ ) و هنجارهای انتزاعی ( $r=0/77$ ) همبستگی معنی‌داری گزارش شد [۱۶]. در مطالعه جلیلیان و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داده شد که نگرش نسبت به مصرف ماریجوانا، هنجارهای انتزاعی، محدودیت‌های محیطی و قصد رفتاری همبستگی مثبت معنی‌داری با یکدیگر و با مصرف هفتگی زیاد ماریجوانا دارند. در مقابل، خودکارآمدی بالا و مهارت‌های حل مسئله با مصرف مصرف هفتگی کم ماریجوانا همبستگی دارد [۲۲]. یافته‌های پژوهش کلی و همکاران (۲۰۱۸) نیز حاکی از همبستگی بین سابقه استعمال سیگار، مزایای درک شده درمان جایگزین نیکوتین و کارآمدی درک شده روش مذکور با قصد برای استفاده از آن در راستای ترک سیگار در مراجعان به کلینیک‌های ترک سیگار بود [۱۴]. لاک و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود با هدف تعیین ارتباط بین مصرف ماریجوانا در نوجوانان با میزان آگاهی و ملایمت رفتاری والدین و سازه‌های TPB توسعه یافته نشان دادند که آگاهی والدین به طور معکوس نگرش مساعد نسبت به ماریجوانا، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده را پیش‌بینی

شکل ۱ نشان دهنده نتایج مرتبط با آنالیز مسیری کاربرد تئوری TPB در راستای تعیین عوامل موثر بر تداوم روند ترک سوء مصرف مواد است. بر اساس پیش فرض‌های تئوری TPB و ضریب تعیین  $R^2 = 0/52$  می‌توان مشاهده کرد که نتایج با پیش فرض‌های TPB انطباق دارد. نتایج بدست آمده از مدل نشان داد که از بین سازه‌های مرتبط با TPB، سازه نگرش ( $\beta=0/51$ ,  $P<0/05$ ) و کنترل رفتاری درک شده ( $\beta=0/33$ ,  $P<0/05$ ) به طور معنی‌دار بیشترین تاثیر را بر قصد جهت تداوم روند ترک اعمال کردند در حالی که ضریب مسیری بین

یافته‌های درج شده در شکل ۲ ضرایب آنالیز مسیری مرتبط با نقش میانجی سازه‌های TPB بین سوء مصرف مواد و قصد و همچنین، تداوم روند ترک نشان می‌دهد. ارتباط میانجی بر اساس معیارهای بارون و کنی و آزمون آماری Sobel مورد ارزیابی قرار گرفت. بر اساس یافته‌های این مدل می‌توان گفت که با قوی ترین ضرایب مسیری تاثیرگذار به ترتیب ابتدا نگرش رابطه بین سوء مصرف مواد و قصد رفتاری برای ترک را میانجی‌گری می‌کند ( $Sobel=7/43$ ,  $P<0/05$ ). سپس، هنجارهای انتزاعی ارتباط بین سوء مصرف مواد و قصد برای ترک را به خوبی میانجی‌گری می‌کند ( $Sobel=3/43$ ,  $P<0/05$ ). در حالی که سوء مصرف مواد به طور معنی‌داری قادر به پیش‌بینی کنترل رفتاری درک شده نبود و بنابراین، کنترل رفتاری ارتباط بین سوء مصرف با قصد و همچنین ارتباط بین سوء مصرف با تداوم روند ترک را میانجی‌گری نکرد. در نهایت، ۴۰ درصد واریانس قصد رفتاری برای تداوم روند ترک به واسطه سازه‌های TPB و سابقه سوء مصرف مواد توصیف شد و دو سازه قصد و کنترل رفتاری درک شده مجموعاً ۲۷ درصد واریانس رفتار تداوم ترک سوء مصرف مواد را پیش‌بینی کردند.

## بحث

به طور کلی نتایج مطالعه کنونی از کاربرد TPB در راستای فهم عوامل موثر بر تداوم ترک و درمان سوء مصرف مواد حمایت می‌کند. مقیاس مورد استفاده در مطالعه بر اساس توصیه‌های آجزن برای ارزیابی سازه‌های TPB طراحی شده بود که بر اساس شواهد علمی و نتایج مطالعات قبلی سازه‌های مذکور با آمادگی برای درمان و سایر معیارهای بالینی مربوط به ترک سوء مصرف مواد ارتباط معنی‌دار دارد [۱۳, ۱۸].



و همکاران [۱۳]، کلی و همکاران [۱۷]، بوث و همکاران [۲۵] و بشیریان و همکاران [۲۷] با نتایج پژوهش کنونی همسو می‌باشد. یافته‌های مطالعه کادن و لیت (۲۰۱۱) نیز تاکید می‌کند که خودکارآمدی یک پیش‌بینی کننده اصلی نتایج درمانی است و در برخی موارد، خودکارآمدی کمیت مصرف الکل یا مواد را نیز پیش‌بینی می‌کند. میزان خودکارآمدی به شدت با میزان مصرف الکل و ترک کوکائین متعاقب آن و همچنین میزان مشارکت در مراقبت‌های مداوم ارتباط دارد. علاوه بر این، خودکارآمدی در بسیاری از موارد به عنوان یک پیش‌بینی کننده مهم نتایج یا یک میانجی از اثرات درمانی شناخته شده است. در نهایت، درمان‌های مؤثر مرتبط با سوء مصرف مواد نه تنها توانایی فرد را در حفظ هوشیاری در مواجهه با موقعیت‌های پرخطر بهبود می‌بخشد، بلکه به آنها کمک می‌کند تا توانایی‌ها خودشان را بهبود بدهند و قادر به تشخیص ظرفیت‌ها و توانایی‌های ترمیم شده خود بشوند [۲۸]. خودکارآمدی پایین در کنار شخصیت تاثیرپذیر یک مانع اساسی در مسیر شروع و تداوم روند ترک است. بنابراین، در کنار اقدامات پیشگیرانه اساسی از قبیل ارزیابی سطح خودکارآمدی متقاضیان ترک به طور عمومی و شناسایی موقعیت‌های پرتنش مرتبط با عود به طور اختصاصی، بایستی بر ضرورت آموزش مجدد مهارت‌های زندگی با هدف افزایش ظرفیت متقاضیان ترک برای پاسخگویی قاطع در مقابل نفوذ ناخواسته اجتماعی تاکید نمود.

یافته بعدی مهم در پژوهش حاضر عدم تاثیر مستقیم هنجارهای انتزاعی بر قصد برای تداوم درمان و ترک در مدل اصلی بود. با این حال، آنالیز مسیری در مدل دوم نشان داد که هنجارهای انتزاعی متغیر میانجی بین قصد و سابقه سوء مصرف مواد بود. یافته های مطالعات قبلی از حیث تاثیرگذاری این سازه بر قصد تداوم و ترک سوء مصرف مواد با مطالعه کنونی تفاوت دارد و شاید دلایل اختلاف نتایج را بتوان موارد ذیل ذکر کرد: نخست، در بسیاری از مطالعات قبلی برای اندازه‌گیری هنجارهای انتزاعی نسبت به تداوم ترک از مقیاس یک سوالی استفاده کرده‌اند در حالی که در مطالعه حاضر مقیاس ۴ سوالی بکار برده شده است که به تناسب افزایش سوالات خصوصیات روانسنجی و همگنی پاسخ های مشارکت کنندگان دستخوش تغییر خواهد شد. دوم، موضوع مطالعات مورد قیاس با مطالعه حاضر از حیث ماهیت مواد مصرفی اختلاف دارد و مطالعات مربوط به اکتسازي، الکل، سیگار و کوکائین مورد مقایسه قرار گرفته است. سوم، تفاوت های بارز در ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی متقاضیان ترک مواد در مطالعه کنونی با سایر مطالعات است که مسئله ای بدیهی محسوب می گردد. چهارم، علی رغم وجود این تعارض بین نتیجه مطالعه حاضر با مطالعات قبلی باید تاکید کرد که در فرضیات اصلی TPB هیچ گاه گفته نشده است که تمام سازه های تئوری باید با قصد یا رفتار ارتباط معنی دار داشته باشند و مقتضیات پژوهشی می تواند روابط را تحت تاثیر قرار دهد. نهایتاً با وجود عدم تاثیرگذاری مستقیم، هنجارهای انتزاعی از طریق پروکسی یعنی بواسطه سازه های نگرش و کنترل رفتاری درک شده بر قصد تداوم درمان و ترک سوء مصرف تاثیر گذار بود. مطالعات مروری تاکید کرده اند که در کنار نقش عوامل شناختی - عاطفی در تبیین رفتار سوء مصرف مواد باید به سهم عوامل اجتماعی و بین فردی نیز توجه شود. عملکرد و باور افراد متقاضی ترک و تمایل آنها در راستای تداوم روند ترک تحت تاثیر دیگران مهم و گروه‌های

می‌کند و همچنین، ملایمت رفتاری والدین نیز به طور معکوس نگرش مساعد نسبت به ماریجوانا، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری و مصرف ماریجوانا در یک سال آینده را پیش‌بینی می‌کند [۱۵].

همبستگی معنی‌دار بین سازه‌های TPB با یکدیگر و همچنین با رفتار تداوم درمان و ترک سوء مصرف مواد مطابق با انتظارات و پیش فرض‌های اصلی تئوری مذکور است [۲۳، ۲۴]. به عبارت دیگر، قصد فرد نسبت به تداوم درمان و ترک سوء مصرف مواد برآیند تعامل سه متغیر روانشناختی مرتبط با TPB یعنی نگرش (ارزیابی فرد از پیامدهای مثبت و منفی درمان و ترک)، هنجارهای انتزاعی (تصور فرد از تایید و حمایت دیگران مهم (significant others) نسبت به تداوم درمان و ترک سوء مصرف) و PBC (درک سختی و آسانی انجام رفتار مذکور و اطمینان فرد به ظرفیت‌ها و توانایی‌هایش در راستای غلبه بر موانع فردی و محیطی در مسیر تداوم ترک) است [۱۱].

یافته مهم دیگر در مطالعه کنونی ارتباط بین نگرش با قصد برای تداوم درمان و ترک سوء مصرف ( $\beta=0.51$ ) و همچنین، نقش میانجی بین سابقه سوء مصرف و قصد برای تداوم درمان و ترک سوء مصرف بود که با نتایج پژوهش‌های قبلی انطباق دارد [۱۳، ۱۴، ۲۰، ۲۵، ۲۶]. به طور مثال، زموره و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود با هدف پیش‌بینی تکمیل درمان سوء مصرف مواد با کاربرد پرسشنامه جدید و کوتاه و محوریت TPB نشان دادند که نگرش بر قصد تکمیل درمان تاثیرگذار است [۱۳]. همچنین، نتایج پژوهش بوث و همکاران (۲۰۱۴) حاکی از آن بود که خرده مقیاس‌های تشکیل دهنده باورها و نگرش از قبیل اعتقاد به اثربخشی درمان، انتظارات منفی درباره کوکائین، تجارب فردی درباره طرد شدن از جامعه، نیاز به رازداری و آمادگی روانی برای درمان به طور مستقل با ضرورت درمان سوء مصرف کوکائین ارتباط دارند [۲۵]. توکلی قوچانی و همکاران (۲۰۱۵) با یک مطالعه کیفی برخی سازه‌های مدل‌های رفتاری مرتبط با دلایل اقدام به ترک اعتیاد را شناسایی کردند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نگرش افراد - که ماحصل باور افراد به نتایج مضر مصرف مواد و ارزش‌گذاری به رفتار ترک است - بر ترک اعتیاد مؤثر است. در واقع باورهایی همچون خسته شدن از مصرف مواد، به بن بست رسیدن، احساس تنفر از وابستگی به مواد به همراه تمایل برای جبران گذشته و بازگشت به اعتبار قبلی با شکل‌دهی نگرش، فرد را به سمت ترک اعتیاد سوق می‌دهند [۲۰].

نتایج مطالعه محمدنیا و مشهدی (۲۰۱۸) نیز بر ارتباط منفی و معنی‌دار بین معنای زندگی و هر سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری نگرش نسبت به مصرف مواد تاکید می‌کند. بر اساس این مطالعه، برنامه‌های ترک سوء مصرف مواد باید بر تغییر نگرش افراد، کاهش تنش‌های روانشناختی ناشی از احساس بی‌معنایی، تنظیم اهداف (Goal Setting) و تدارک فرصت‌هایی برای لمس تجارب روزانه لذت بخش متمرکز شوند [۲۶]. در نهایت، اگر مشوق‌های زنجیره‌ای و بازخوردهای مستمر به عنوان یک جزء حیاتی در پروتکل‌های مشاوره‌ای در کلینیک‌های ترک سوء مصرف مواد گنجانده شوند، افراد کم‌انگیزه برای ادامه روند درمان و ترک مواد ممکن است نگرش مثبت کسب کنند و احتمال خروج آنها از روند ترک مواد کاهش یابد.

یکی دیگر از نتایج شاخص در پژوهش حاضر ارتباط بین کنترل رفتاری درک شده و قصد برای تداوم درمان و ترک سوء مصرف مواد در متقاضیان ترک شرکت کننده در مطالعه است. یافته‌های مطالعه زموره

ترک است. بنابراین، به منظور تداوم روند درمان و ترک توصیه می‌شود مجموعه‌ای از انگیزه‌ها و علل موثر بر ترک سوء مصرف مواد در قالب یادآورها در پروتکل‌های مشاوره‌ای گنجانده شود. پژوهش حاضر با چندین محدودیت مواجه بود: نخست، تمام شرکت کنندگان در پژوهش مرد بودند و بررسی ارتباط بین جنسیت و رفتار تداوم درمان و ترک سوء مصرف مواد در مطالعه امکان پذیر نبود. بررسی تاثیر جنسیت بر تداوم درمان سوء مصرف و مقایسه متغیرهای روانشناختی موثر بر ترک بین زنان و مردان در مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود. دوم، تمام شرکت کنندگان در پژوهش ساکن شهر ماسال بودند و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی این منطقه با سایر مناطق، در تعمیم نتایج پژوهش باید بسیار محتاط بود. سوم، اندازه‌گیری تداوم روند ترک در مطالعه بواسطه میزان مشارکت، رضایت و تفاهم متقاضیان ترک ارزیابی شد و بدیهی است راهبرد کامل‌تر اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در مقاطع زمانی مختلف از شروع فرایند ترک بود. چهارم، در پژوهش حاضر پرسشنامه بر اساس رهنمودهای آجزن (۲۰۱۲) طراحی شد [۲۲]. استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری با رعایت گام‌های روانسنجی احتمال تورش در داده‌های گردآوری شده را کاهش می‌دهد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر بر سودمندی TPB در راستای تبیین عوامل موثر بر تداوم درمان و ترک سوء مصرف مواد تاکید کرد. همچنین، نتایج نشان دهنده نقش نگرش و کنترل رفتاری درک شده در پذیرش و تداوم فرایند ترک توسط متقاضیان ترک سوء مصرف مواد بود. طراحی پروتکل‌های مشاوره و مداخله‌ای مبتنی بر چهارچوب تئوری رفتار برنامه ریزی شده به منظور ایجاد انگیزه در متقاضیان برای تداوم روند درمان و ترک سوء مصرف مواد توصیه می‌شود

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین مورد تایید قرار گرفته است (IR.QUMS.REC.1397.266). همچنین، این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین استخراج شده است. از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و همچنین، کلینیک‌های ترک سوء مصرف مواد شهر ماسال که در انجام این تحقیق به محققان یاری رساندند، کمال تشکر را داریم.

### References

1. Ziaaddini H, Ziaaddini T, Nakhaee N. Pattern and trend of substance abuse in eastern rural iran: a household survey in a rural community. J Addict. 2013;2013:297378. doi: 10.1155/2013/297378 pmid: 24804141
2. Harvey R, Jason LA, Ferrari JR. Substance abuse relapse in Oxford House recovery homes: A survival analysis evaluation. Subst Abus. 2016;37(2):281-5. doi: 10.1080/08897077.2015.1080786 pmid: 26308507
3. Rahmati A, Zeraat Herfeh F, Hosseini SO. Barriers to Quitting Addiction in Iranian Women: A Qualitative Study. Iran Red Crescent Med J. 2019;21(5):e65976. doi: 10.5812/ircmj.65976

مرجع قرار دارد [۱۱]. بدیهی است به منظور سوق دادن افراد در مراحل انگیزشی مرتبط با ترک - شناسایی مراحل آمادگی روانی برای تغییر رفتار، ارائه مداخلات رفتاری شناختی متناسب با هر مرحله و تداوم روند درمان - بایستی بر اجتماعی شدن مجدد تکیه کرد که بواسطه راهبردهای صحیح مانند مشارکت در گروه‌های سالم، ارائه الگوهای رفتاری مناسب، تقویت رفتارهای جمعی، بازخورد مثبت از سوی خانواده، دوستان، همکاران و سایرین مهم و افزایش حمایت اجتماعی میسر خواهد شد.

آخرین یافته مهم پژوهش حاضر توصیف بیشترین واریانس قصد تداوم درمان و ترک بواسطه سازه‌های نگرش و کنترل رفتاری درک شده بود ( $R^2 = 0.52$ ) و اینکه قصد به طور متوسط و معنی‌دار با تداوم روند ترک ارتباط داشت ( $\beta = 0.41, P < 0.05$ ). یافته‌های مطالعه از این حیث با نتایج مطالعات قبلی همسو می‌باشد. به طور مثال، زموری و آجزن (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای با هدف پیش بینی تکمیل درمان سوء مصرف مواد با کاربرد یک پرسشنامه ۹ سوالی مرتبط با TPB نشان دادند که نگرش و کنترل رفتاری درک شده پیش‌بینی کننده مستقل قصد هستند و قصد نیز ارتباط مثبتی با تکمیل درمان حتی با وجود مخدوش کننده‌های دموگرافیکی و بالینی داشت. در مطالعه مذکور ۵۶ درصد واریانس قصد و ۲۴ درصد واریانس تکمیل درمان به وسیله سازه‌های مدل توضیح داده شدند [۱۲]. نتایج پژوهش اله وردی پور و همکاران (۲۰۰۷) نیز حاکی از آن بود که مهارت‌های مقاومت در برابر همسالان، نگرش منفی نسبت به مواد، خودکارآمدی درک شده و خود کنترلی در مجموع ۴۲ درصد واریانس قصد برای اجتناب از سوء مصرف مواد را در نوجوانان توصیف می‌کنند [۲۹]. همچنین، نتایج مطالعه جونز و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان دهنده پیش‌بینی واریانس ۵۵ درصدی قصد ترک الکل بوسیله سه سازه نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری در زنان باردار سیاه پوست آفریقایی آمریکایی تبار بود [۱۶]. کلی و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود نشان دادند که متغیرهای جنسیت، مزایای روش NRT، سابقه کاربرد روش، به همراه تصور مثبت درباره کارآمدی آن ۳۵ درصد واریانس قصد استفاده از روش NRT را توضیح می‌دهند [۱۷]. یافته‌های مطالعه جلیلیان و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داد که ۳۴ درصد واریانس مصرف واقعی ماریجوانا بواسطه متغیرهایی مانند نگرش مثبت نسبت به مصرف ماریجوانا، خودکارآمدی پایین برای مقاومت در برابر مصرف آن، قصد رفتاری قوی و مهارت‌های حل مسئله پایین توصیف می‌شود [۲۲]. شکل‌دهی و تقویت قصد رفتاری با شناسایی و ارائه بازخورد مکرر و متنوع درباره انگیزه‌های ترک گامی ضروری در راستای تداوم حضور فرد متقاضی در فرایند درمان و

7. Krentzman AR, Barker SL. Counselors' Perspectives of Positive Psychology for the Treatment of Addiction: A Mixed Methods Pilot Study. *Alcohol Treat Q*. 2016;34(4):370-85. [doi: 10.1080/07347324.2016.1217705](#) [pmid: 27980355](#)
8. Coleman MT, Pasternak RH. Effective strategies for behavior change. *Prim Care*. 2012;39(2):281-305. [doi: 10.1016/j.pop.2012.03.004](#) [pmid: 22608867](#)
9. Rich A, Brandes K, Mullan B, Hagger MS. Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: a meta-analysis. *J Behav Med*. 2015;38(4):673-88. [doi: 10.1007/s10865-015-9644-3](#) [pmid: 25994095](#)
10. Ajzen I. The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Hum Behav Emerg Tech*. 2020;1- 11. [doi: 10.1002/hbe2.195](#)
11. Ajzen I. The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychol Health*. 2011;26(9):1113-27. [doi: 10.1080/08870446.2011.613995](#) [pmid: 21929476](#)
12. Joe GW, Broome KM, Rowan-Szal GA, Simpson DD. Measuring patient attributes and engagement in treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2002;22(4):183-96. [doi: 10.1016/s0740-5472\(02\)00232-5](#) [pmid: 12072163](#)
13. Zemore SE, Ajzen I. Predicting substance abuse treatment completion using a new scale based on the theory of planned behavior. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46(2):174-82. [doi: 10.1016/j.jsat.2013.06.011](#) [pmid: 23953167](#)
14. Kelly PJ, Leung J, Deane FP, Lyons GC. Predicting client attendance at further treatment following drug and alcohol detoxification: Theory of Planned Behaviour and Implementation Intentions. *Drug Alcohol Rev*. 2016;35(6):678-85. [doi: 10.1111/dar.12332](#) [pmid: 26423939](#)
15. Lac A, Alvaro EM, Crano WD, Siegel JT. Pathways from parental knowledge and warmth to adolescent marijuana use: an extension to the theory of planned behavior. *Prev Sci*. 2009;10(1):22-32. [doi: 10.1007/s11121-008-0111-z](#) [pmid: 18989783](#)
16. Jones TC, Modeste N, Anderson B, Lee J, Lim VJ. Factors Influencing the Intention to Quit Drinking Alcohol among African American/Black Pregnant Women. *Calif J Health Promot*. 2007;5(3):131-44. [doi: 10.32398/cjhp.v5i3.1259](#)
17. Kelly PJ, Townsend CJ, Osborne BA, Baker AL, Deane FP, Keane C, et al. Predicting Intention to Use Nicotine Replacement Therapy in People Attending Residential Treatment for Substance Dependence. *J Dual Diagn*. 2018;14(2):120-9. [doi: 10.1080/15504263.2018.1442951](#) [pmid: 29488836](#)
18. Azjen I. Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations. 2012. Available from: [http://chuang.epage.au.edu.tw/ezfiles/168/1168/attach/20/pt\\_a\\_41176\\_7688352\\_57138.pdf](http://chuang.epage.au.edu.tw/ezfiles/168/1168/attach/20/pt_a_41176_7688352_57138.pdf).
19. Hooshyari Z, Sadralssadat J, Sadralssadat L. Estimation of Validation and Reliability of Screening Test of Tobacco, Alcohol and Addictive Drugs in Iran. (In Persian). *Quarter J Res Addict*. 2013;7(27):37-52.
20. Tavakoli Ghouchani H, Niknami S, Aminshokravi F, Hojat SK. Comparing Reasons for Quitting Substance Abuse with the Constructs of Behavioral Models: A Qualitative Study. (In Persian). *J Educ Community Health*. 2015;1(4):22-31. [doi: 10.20286/jech-010422](#)
21. Mazloomi Mahmodabad S, Jalilian F, Mirzaei Alavijeh M, Zolghadr R. Predicting Factors about Drug abuse among Students: an Application of Theory of Planned Behavior. (In Persian). *Tolo-e-Behdasht (TB)*. 2016;14(6):286-98.
22. Jalilian F, Mirzaei-Alavijeh M, Ahmadpanah M, Mostafaei S, Kargar M, Pirouzeh R, et al. Extension of the Theory of Planned Behavior (TPB) to Predict Patterns of Marijuana Use among Young Iranian Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(6). [doi: 10.3390/ijerph17061981](#) [pmid: 32192209](#)
23. Montano DE, Kasprzyk D. Theory of reasoned action behavior, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey Bass;2008.
24. McEachan RC, Conner M, Taylor NJ, Lawton RJ. Prospective prediction of health-related behaviors with the theory of planned behavior: A meta-analysis. *Heal Psychol Rev*. 2011;5(2):97-144. [doi: 10.1080/17437199.2010.521684](#)
25. Booth BM, Stewart KE, Curran GM, Cheney AM, Borders TF. Beliefs and attitudes regarding drug treatment: application of the theory of planned behavior in African-American cocaine users. *Addict Behav*. 2014;39(10):1441-6. [doi: 10.1016/j.addbeh.2014.05.012](#) [pmid: 24930051](#)
26. Mohammad Nia S, Mashhadi A. The Effect of Meaning of life on the Relationship between Attitude toward Substance Abuse and Depression. (In Persian). *Shefaye Khatam*. 2018;6(3):43-51. [doi: 10.29252/shefa.6.3.43](#)
27. Bashirian S, Hidarnia A, Allahverdipour H, Hajizadeh E. Application of the theory of planned behavior to predict drug abuse related behaviors among adolescents. *J Res Health Sci*. 2012;12(1):54-60. [pmid: 22888715](#)
28. Kadden RM, Litt MD. The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addict Behav*. 2011;36(12):1120-6. [doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.032](#) [pmid: 21849232](#)
29. Allahverdipour H, Farhadinasab A, Galeeiha A, Mirzaee E. Behavioral Intention to Avoid Drug Abuse Works as Protective Factor among Adolescent. *J Res Health Sci*. 2007;7(1):6-12. [pmid: 23343865](#)